110133 CXXXII 13

EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Dr Henri BLAISE

CANDIDAT A LA CLINIQUE ANNEXE DES VIEILLARDS

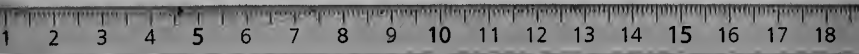
VACANTE DANS LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.



MONTPELLIER
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM
ÉDITEUR DU MONTPELLIER MÉDICAL
DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES

—

1887



EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

De M. le Dr Henri BLAISE.

I. Scolarité. — Concours. — Titres Scientifiques.

1. Note *très bien* à la Thèse ; *très bien* aux 5e, 4e et 3e de doctorat (Montpellier) ;
Note *bien satisfait* au 2e de doctorat; *satisfait* au 1er de doctorat (Lyon) ;
Note *bien satisfait* aux trois examens de fin d'année (Grenoble).

2. Lauréat de l'École de Médecine de Grenoble (Prix de première année, 1874).

3. Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier (Prix de Thèses, 1880).

4. Citation au prix Godard (Société de Biologie de Paris, 1881).

\+ 5. Externe des hôpitaux de Grenoble (Concours 1875).

6. Premier interne des hôpitaux de Grenoble (Concours 1876).

7. Sous-Bibliothécaire à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon (septemhre 1877 à novembre 1878).

8. Chargé des fonctions de *chef de Clinique des maladies des Vieillards* à la Faculté de Médecine de Montpellier (1879-80).

\+ Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier (2e prix Bouisson ; 1890 ; remporté avec mon collègue Boinet).

9. *Chef de Clinique des maladies des Vieillards* à la Faculté de Médecine de Montpellier (Concours 1880).

10. Bachelier ès lettres ; bachelier ès sciences complet.

11. Docteur en médecine (Montpellier, 1880).

12. Agrégé des Facultés de Médecine (Section de Médecine. — Concours 1883. — Classé le premier sur trois pour la Faculté de Montpellier).

13. Chargé du Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales (semestre d'été 1884).

14. Chargé du Cours complémentaire de Pathologie interne (semestre d'été 1886).

15. Chargé des Conférences d'Histologie normale et pathologique (semestre d'été 1887).

16. Membre du Comité de rédaction des *Archives de Neurologie* (1881).

17. Membre du Comité de rédaction du *Montpellier Médical* (1883).

18. Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier (1880).

19. Membre correspondant de la Société anatomique de Paris (1883).

20. Membre de la Société d'Anthropologie de Paris (1883).

+ Chef des travaux histologiques + du laboratoire des cliniques (année scolaire 1887-88)

Chargé des conférences de médecine légale (semestre d'été 1888).

Chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique (Concours 1888).

En fonctions depuis le 1er 9bre 1888

Chargé du Cours complémentaire d'histologie, depuis la même époque.

Présenté en deuxième ligne, par la Faculté de Montpellier, pour la chaire magistrale de clinique des maladies nerveuses et mentales. (1888)

II. Services hospitaliers. — Fonctions. — Titres honorifiques.

Services dans les hôpitaux de Grenoble et de Montpellier en qualité d'externe, de premier interne et de chef de Clinique de 1875 à 1877; de 1879 à 1883 ; service de la Clinique médicale pendant le mois de septembre 1883, les mois de septembre et octobre 1887.

Chef de la mission médicale envoyée à Mézel (Basses-Alpes) et délégué préfectoral (Épidémie cholérique 1884).

Envoyé ensuite par le Préfet des Basses-Alpes pour soigner les cholériques des Thuiles (près Barcelonnette).

Chef de la mission médicale envoyée à Fabrègues (Hérault) et délégué préfectoral (Épidémie cholérique 1884).

Membre de la Commission des logements insalubres de Montpellier (nommé en 1884).

Médecin adjoint du Bureau de Bienfaisance (9 mai 1882 à mai 1885).

Médecin titulaire du Bureau de Bienfaisance (mai 1885) au 1er 9bre 1889

Médecin-inspecteur des Enfants du premier âge (25 mai 1882).

(Mes Rapports annuels sur ce service ont été constamment signalés par M. le Dr Picheral, inspecteur départemental des Enfants Assistés, dans ses Rapports au Conseil Général, comme consciencieusement rédigés et fournissant des documents complets.)

Médaille d'argent du Conseil Général des Basses-Alpes (Épidémie cholérique 1884).

Médaille d'or du Gouvernement (Épidémie cholérique 1884).

Voici comment M. Huet, préfet des Basses-Alpes, appréciait les cinq semaines de services que j'ai rendus pendant l'épidémie cholérique de 1884 :

« Permettez-moi aussi de vous dire que j'ai signalé au ministère vos services dans les Basses-Alpes, et cela dans des termes qui, pour peu que votre Préfet s'y prête, assureront le succès des propositions qu'il a dû adresser au ministère pour votre nomination dans la Légion d'Honneur. » (Lettre du 20 novembre 1884.)

Cependant, le diplôme de Médaille d'or que j'ai reçu du Gouvernement ne fait que mentionner les services que j'ai rendus à Fabrègues ; ma mission dans les Alpes est restée dans l'oubli. Ce silence, certainement voulu, est sans aucun doute le résultat d'influences que je m'explique mal encore aujourd'hui.

Officier d'Académie (14 Juillet 1890.)

Conseiller d'arrondissement du 2e canton de Montpellier (élu en 1883, réélu en 1889).

III. Services dans l'Enseignement.

Septembre 1877 à novembre 1878. Sous-Bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Lyon.

J'ai collaboré avec M. le Dr Icard, bibliothécaire, à l'organisation de la Bibliothèque et confectionné les premiers Catalogues.

1879 à 1883. Conférences cliniques, pendant mon clinicat, sur les Localisations cérébrales et des sujets de clinique courante.

1884. Cours [redacted] de Pathologie et de Thérapeutique générales.

Programme du Cours : Les grands Processus morbides.

1886. Cours complémentaire de Pathologie interne.

Programme du Cours : Maladies de l'Appareil respiratoire.

1887. Conférences d'Histologie normale et pathologique.

Programme des Conférences : Histologie normale et pathologique du Système nerveux.

~~Proposé par M. Castan, Doyen de la Faculté, pour les Conférences de Médecine légale qui auront lieu pendant le semestre d'été 1888.~~

1888. — Conférences de médecine légale

Programme des Conférences : attentats à la pudeur, viol, pédérastie, inversion du sens génital, grossesse, avortement, accouchement, infanticide.

Conférences bénévoles de bactériologie théoriques et pratiques (au laboratoire des cliniques).

1888-89. — Cours complémentaire d'histologie (semestre d'hiver)

Programme du cours : toute l'histologie normale

Travaux pratiques d'anatomie pathologique (3 séances de deux heures par semaine aux élèves de 4e année pendant le semestre d'hiver)

Travaux pratiques d'histologie (3 séances de deux heures par semaine aux élèves de 2e année pendant le semestre d'été)

1889-90. idem.

IV. Travaux et Publications.

1. Note sur un nouveau cas de papillome cornéen. — *Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Montpellier*, 1879, n° 18.

2. Contribution a l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, avec tracés comparés de la respiration, du cœur et du pouls. — In-8° de 32 pages, avec une Planche de tracés. — *Montp. méd.*, 1880. En collaboration avec M. Brousse.

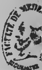
Ce travail contient un historique de la question et une exposition critique des théories de Traube et de Filehne, accompagnées de quelques idées théoriques neuves développées par M. le professeur Grasset dans son enseignement

clinique. Il relate une observation des plus intéressantes. Le malade a présenté :

1° La suspension du phénomène de Cheyne pendant le sommeil, fait rare qui n'avait pae attiré l'attention des précédents observateurs. Biot considère même le sommeil comme le moment le plus favorable pour l'observation de ce mode respiratoire ;

2° Des inégalités, irrégularités et intermittences du pouls (bien mises en lumière par les tracés) pendant la phase hyperpnéique, et au contraire un pouls normal pendant l'apnée. Ces phénomènes doivent être également rares, puisque, d'après Bernheim et Biot, les seules modifications du pouls consisteraient en une accélération pendant la pause et un ralentissement pendant l'hyperpnée.

3. De la cachexie pachydermique (Myxœdème des auteurs anglais). Observation nouvelle avec aliénation mentale transitoire, et Revue ; in-8° de 40 pages. — *Archives de Neurologie*, n°s 7 et 8. Paris, 1882.



Ce travail contient une revue des cas de cachexie pachydermique observés jusqu'à ce jour, et une observation nouvelle. Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes : l'intensité des phénomènes nerveux ; la marche de l'affection procédant, pour ainsi dire, par deux poussées successives séparées par un intervalle de temps assez notable ; la subordination complète des troubles nerveux aux lésions cutanées et en particulier la disparition des phénomènes d'aliénation en rapport avec l'amélioration de l'état des téguments ; les bons résultats obtenus par la médication tonique et ferrugineuse.

Ce travail, qui se termine par une description de la maladie d'après les observations existantes, donnait, à l'époque, l'état actuel complet de la science sur la question.

4. Deux cas peu conformes aux localisations.— *Bull de la Soc. anatomique de Paris*, 1882, tom. VII, pag. 387 à 393.

La première de ces observations est un cas d'hémiplégie à forme cérébrale sans lésion apparente de l'hémisphère du côté opposé. Il ne s'agit pas là d'une hémiplégie avec lésion de l'hémisphère du même côté, car la décussation pyramidale paraissait normale ; et d'ailleurs, cette décussation eût-elle manqué, qu'il serait difficile de rattacher la paralysie à la lésion si minime du côté correspondant.

La deuxième observation est également très intéressante. Il s'agit d'une hémianesthésie gauche incomplète, sans participation des sens spéciaux. — A l'autopsie : aucune lésion du faisceau sensitif ; léger foyer de ramollissement

au niveau de l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral droit. Les notions acquises sur les localisations ne permettent guère de rapporter l'hémianesthésie légère, observée pendant la vie, à ce petit foyer de ramollissement. Et d'ailleurs, dans une autopsie que j'avais pratiquée antérieurement, une lésion plus étendue et ayant le même siège, n'avait déterminé pendant la vie aucun trouble sensitif. Peut-être conviendrait-il de faire quelques réserves à l'égard des petits foyers corticaux de méningo-encéphalite disséminés sur les lobes frontaux et pariéto-occipitaux. Mais, ces lésions ayant été bilatérales, on ne comprendrait pas pourquoi elles n'auraient pas entraîné des troubles sensitifs bilatéraux. D'autre part, on rencontre bien souvent, dans les autopsies, des lésions analogues, plus étendues même, sans qu'on ait observé d'anesthésie pendant la vie.

Ces faits, qui ne sauraient infirmer la doctrine bien établie aujourd'hui des localisations cérébrales, montrent combien est difficile l'interprétation de certains cas dans lesquels un examen microscopique minutieux portant sur toutes les parties de la sphère sensitivo-motrice fait défaut, certaines lésions pouvant échapper à l'examen macroscopique.

5. Contribution a l'étude des oscillations spontanées et provoquées de la sensibilité dans l'hémianesthésie. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montp.*, in-8° de 37 pag. Paris, 1882, Delahaye et Lecrosnier.

Ce travail est basé sur des observations cliniques recueillies dans le service de mon Maître, M. le professeur Grasset. En voici les conclusions :

1. L'action œsthésiogène du vésicatoire est incontestable. Elle se produit avec ou sans transfert et s'accompagne d'une action thermogène.

2. L'effet obtenu est très variable comme étendue et comme durée, non seulement chez des individus différents, mais aussi chez le même individu à des époques différentes et en présence des mêmes troubles anesthésiques. Il semble qu'à certains moments l'action œsthésiogène du vésicatoire va s'épuisant.

3. Cette variabilité d'action existe aussi pour d'autres agents capables de ramener la sensibilité. L'électrisation faradique ou galvanique, des frictions cutanées, des sueurs profuses, un flux diarrhéique, peuvent, chez le même malade et suivant l'époque, se montrer actifs ou inactifs.

4. Dans son retour et dans sa disparition, la marche de la sensibilité présente des particularités intéressantes à signaler.

5. Cette marche ne s'effectue pas par territoire nerveux, même à la face [1]. Elle procède par membre ou segments de membres.

6. Aux membres, les oscillations portent quelquefois d'emblée sur leur totalité ; le plus souvent elles procèdent par plusieurs étapes successives, correspondant chacune à un segment (avant-bras, phalange, phalangine, etc.) ou même à une tranche de segment (moitié supérieure ou inférieure, etc.).

7. Au tronc et au cou, l'oscillation peut se faire sur la partie antérieure ou postérieure, ou par régions: régions sus-hyoïdienne, sus-scapulaire, fessière, etc., ou encore par zones le plus souvent de forme géométrique et quelquefois très étroites.

8. La présence d'une articulation, d'une saillie osseuse (rebord du maxillaire, crête iliaque, épine de l'omoplate, etc.), semble constituer un certain obstacle à la progression de la sensibilité ou de l'anesthésie.

9. Il y a quelquefois une certaine solidarité entre le membre supérieur et la face, plus rarement entre le membre inférieur et la face, le tronc et le membre supérieur.

10. Au membre supérieur, le retour de la sensibilité paraît se faire d'une façon centripète, sa disparition s'effectuant au contraire tantôt d'une façon centrifuge, tantôt d'une façon centripète.

11. Au membre inférieur, le retour et la disparition paraissent le plus souvent centripètes. Mais les documents ne sont pas assez nombreux pour permettre une solution.

12. L'action œsthésiogène se fait le plus souvent sentir à l'extrémité du membre, avant de rendre sensible la surface d'application, alors même qu'il a déjà déterminé une vésication.

13. A côté des oscillations provoquées, soit par un vésicatoire, soit par un agent, il convient de placer les oscillations spontanées ou d'apparence spontanées.

14. Nous pensons, avec M. Hamelin, que ces oscillations spontanées constituent peut-être un fait assez général dans l'hémianesthésie. Nous appelons sur ce sujet l'attention des observateurs.

[1] Bien que, dans le cours des observations, nous ayons mentionné souvent le retour et la disparition de la sensibilité dans le domaine des ophtalmiques, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur, il ne faut pas s'abuser sur la valeur de ces expressions. Dans aucun cas, il n'existait une délimitation aussi rigoureuse, et nous ne l'avons rendue telle que pour faciliter la description.

15. Elles se produisent presque toujours de nuit, pendant le sommeil. Dans ces conditions, elles sont peut-être provoquées par de vives impressions psychiques, ébranlant l'ensemble du système nerveux et dont le malade ne garde pas le souvenir.

16. Elles peuvent survenir chez un ancien hémianesthésique, après une période de stabilité très-longue (sept ans chez B... pour le côté droit).

17. En présence de ces oscillations spontanées, on peut se demander si certains faits n'auraient pas été mis à tort sur le compte du vésicatoire ou d'un autre agent, surtout lorsqu'il s'est écoulé un certain temps entre le moment d'action de la cause présumée et l'effet produit.

Ces conclusions suffisent d'elles-mêmes à faire ressortir l'intérêt du travail.

6. De l'absence congénitale d'un rein. — Observation nouvelle, avec *Revue*. — *Gazette hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 1882, in-8° de 15 pages.

Ayant observé l'absence congénitale d'un rein, j'ai eu l'idée, tout en publiant cette observation nouvelle, *de grouper toutes les observations éparses dans les annales médicales françaises.* Un travail du même genre a été fait pour l'Angleterre et les États-Unis par une Commission spéciale.

J'ai éliminé dans cette étude tous les cas de rein unique par fusion des deux organes avec forme semi-lunaire ou en fer-à-cheval. Ces cas, où le rein est habituellement placé devant la colonne vertébrale, plus rarement dans sa place normale, sont fréquents et ne sont pas de vrais cas de rein unique.

Après avoir tracé les caractères qui appartiennent au vrai rein unique, j'ai divisé les cas en cinq catégories :

1° Absence d'un rein et de la capsule surrénale correspondante ; existence de l'uretère.

2° Le rein et l'uretère font défaut ; la capsule surrénale existe.

3° Absence du rein, de l'uretère et de la capsule.

4° L'absence de l'appareil rénal s'accompagne de l'absence du canal déférent, de la vésicule séminale du même côté, avec ou sans testicule correspondant chez l'homme, de l'ovaire et de l'oviducte chez la femme.

5° Rein unique, muni de deux uretères.

Sur 24 observations, l'absence du rein se trouve notée onze fois à droite, dix fois à gauche ; résultat intéressant, puisque Malgaigne avait avancé que l'anomalie est plus fréquente du côté gauche.

L'absence d'un rein a des conséquences physiologiques et pathologiques importantes à connaître : diminution de la sécrétion urinaire dans le cas où l'organe présente un volume normal (?) (Littre); prédisposition aux congestions, aux inflammations rénales (Cornil, opinion contestée par Barrès); gravité exceptionnelle des lésions du rein chez les porteurs de l'anomalie; hypertrophie cardiaque consécutive, question encore peu étudiée.

7. Foyer hémorrhagique enkysté du médiastin antérieur, dans un cas de tuberculisation pulmonaire ancienne et guérie. — Observation. — *Montpellier médical*, 1883, pag. 519 à 523.

Il s'agit là d'une curiosité anatomique qui doit être rare, puisque les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, et qui ont porté en particulier sur toute la collection des Bulletins de la Société anatomique, ne m'ont fait découvrir aucun fait semblable. Au point de vue clinique, la lésion était restée latente, ce qui doit arriver souvent dans les cas de tumeurs liquides peu volumineuses du médiastin.

8. Contribution à l'étude des localisations cérébrales. — *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*. — In 8° de 34 pages, avec une Planche. Paris, 1882, Delahaye et Lecrosnier.

Voici une analyse de ce travail parue dans la *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1883, pag. 634 :

« Cette brochure renferme dix observations recueillies dans les services de MM. Grasset et Hamelin. Elles présentent un grand intérêt au point de vue des localisations cérébrales, que parfois elles semblent contredire, ou que tout au moins elles tendraient à modifier. Tel est, par exemple, un cas de lésion du tiers postérieur de la capsule interne sans hémianesthésie; un autre encore dans lequel des lésions bilatérales du noyau lenticulaire et aussi de la capsule externe et du pli courbe du côté droit chez un pneumonique n'ont entraîné, ni phénomènes paralytiques, ni déviation conjuguée de la tête et des yeux, ni amblyopie de l'œil gauche. Dans une autre observation, on voit un foyer limité au tiers inférieur de la zone motrice corticale entraîner une hémiplégie complète.

» Une planche lithographiée représentant les schémas correspondant aux lésions relatées dans les diverses observations facilite l'intelligence des descriptions minutieuses qu'elles renferment. »

J'ajouterai que l'Obs. II est particulièrement intéressante, en ce sens qu'elle indiquait, ce qui a été démontré depuis plus rigoureusement, que, dans la

capsule interne, les fibres sont disposées en faisceaux correspondant chacun à un segment du corps.

9. RAPPORT FAIT A LA COMMISSION DES BAINS DE MER DE PALAVAS. — *Montpellier médical*, 1887, pag. 550 à 561.

Cette Commission, dont je suis le secrétaire, a pour but l'amélioration du service des bains de mer pour les indigents et la création à Palavas d'une station marine analogue à celle de Berck-sur-Mer.

Dans ce Rapport se trouve un exposé des ressources et des indications de la thalassothérapie.

10. DE LA NATURE DE LA PNEUMONIE. — Revue critique. — *Montpellier médical*, mars 1885, pag. 245 à 251.

Dans cette Revue, je résume les phases successives par lesquelles a passé la question ainsi que les travaux récents relatifs à la contagiosité, à l'épidémicité et à la nature parasitaire de la pneumonie J'insiste sur ce fait que les recherches modernes qui font de la pneumonie une maladie infectieuse et parasitaire confirment l'idée que l'École de Montpellier, se basant sur une saine observation clinique, avait toujours professée, à savoir : que la maladie était générale, constituant une « véritable fièvre pneumonique ».

11. RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE QUI A SÉVI A FABRÈGUES PENDANT L'ANNÉE 1884.

Ce Rapport manuscrit, d'une cinquantaine de pages, a été adressé à l'Académie de Médecine et se trouve signalé dans le Rapport général de M. Brouardel.

Il paraîtra prochainement dans *Montpellier médical* avec une carte du village indiquant en rouge les maisons contaminées.

13. NOMBREUSES CHRONIQUES ET ANALYSES faites dans *Montpellier médical* comme secrétaire de la Rédaction, pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1883, ceux de janvier, février, mars et avril 1885 et celui de janvier 1886.

14. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TEMPÉRATURES PÉRIPHÉRIQUES ET PARTICULIÈREMENT DES TEMPÉRATURES DITES CÉRÉBRALES DANS LES CAS DE PARALYSIES D'ORIGINE ENCÉPHALIQUE. — In-4° de 273 pages avec 9 planches de tracés. Paris, 1880 ; G. Masson, éditeur.

Cette œuvre, qui m'a coûté une année entière de travail, de recherches délicates faites à l'Hôpital-Général de Montpellier, m'a valu le prix de Thèses à la Faculté de Médecine et une citation au prix Godard, décernée par la Société de Biologie de Paris.

Un résumé de la partie concernant les températures dites cérébrales, physiologiques et morbides, constitue l'Appendice de la 2ᵉ édition du grand *Traité des maladies du Système nerveux*, de M. le professeur Grasset.

Cet ouvrage est devenu «classique», pour me servir d'une expression employée par M. Mossé dans l'article *Température* du *Dictionnaire des Sciences médicales*. Aussi mon Collègue s'est-il contenté, pour la partie de son article qui a trait au sujet de mon travail, de reproduire purement et simplement les conclusions que j'ai formulées après chaque chapitre.

Ma Thèse a été analysée dans toutes les principales publications médicales françaises et étrangères.

Je vais reproduire l'analyse qu'en a faite M. Lannois dans la *Revue de Médecine*, et me contenterai de faire juger mon travail par les autres.

PRINCIPALES ANALYSES DU TRAVAIL

sur les Températures périphériques et particulièrement les températures dites cérébrales dans les cas de Paralysies d'origine encéphalique. In-4° de 273 pages, avec 9 planches de tracés ; G. Masson, éditeur.

I. — *Analyse de* M. Lannois. — *Revue de Médecine*, 1881, pag. 294.

Malgré les travaux récents et la vigoureuse impulsion qu'ils ont donnée à la question des températures locales et périphériques, il reste beaucoup à faire dans cette voie, et c'est pour y contribuer que M. Blaise a entrepris ses recherches.

Ce travail se divise en quatre parties : la première est consacrée à l'étude des températures dites cérébrales ; la deuxième à celle des autres températures périphériques (aisselles, membres) ; la troisième renferme l'histoire clinique détaillée de tous les malades qui ont servi aux recherches de l'auteur ; enfin la quatrième comprend un grand nombre de tracés thermométriques gravés avec beaucoup de soin, qui permettent d'embrasser à la fois la température des

régions frontale, temporale, occipitale, des aisselles et des membres, au moins dans la plupart des cas.

La première partie est elle-même divisée en deux sections : 1° Températures cérébrales physiologiques ; 2° Températures cérébrales morbides. La première section débute par un historique très étudié et très complet, dans lequel l'auteur passe en revue tous les travaux qui ont été écrits sur la question, depuis les déductions de J. Davy, en 1840, jusqu'aux recherches, qui datent d'hier, d'Eduardo et Dario Maragliano, de J. Lombart, d'Amidon et de Fr. Franck; puis il décrit les observations de températures cérébrales physiologiques qu'il a faites lui-même. Le procédé employé a toujours été celui de Broca, avec cette différence que, au lieu d'employer un appareil de soie doublé d'ouate, il s'est servi d'une simple bande d'ouate offrant partout la même épaisseur et maintenue en place par un circulaire de toile; les thermomètres étaient glissés jusqu'au point d'élection, l'appareil une fois mis en place. A moins de refus formel de la part des malades, ces points d'élection pour l'application des cuvettes thermométriques étaient exactement tonsurés avec le rasoir ; enfin, une pression douce et égale était exercée avec le médius et l'index sur le thermomètre à travers la bande, avant chaque lecture, ce qui assurait le contact parfait de toute la cuvette et permettait d'abréger la durée de l'exploration. De l'ensemble des travaux de ses prédécesseurs et de ses propres recherches, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° Il est fort douteux que des thermomètres appliqués sur les téguments du crâne traduisent fidèlement les oscillations de la température du cerveau ; 2° En conséquence, il faudrait remplacer l'expression usitée: *thermométrie cérébrale*, par celle de *thermométrie péricrânienne* ; 3° La thermométrie dite cérébrale paraît peu susceptible d'applications utiles à l'étude des localisations ; 4° Dans l'état normal, les températures dites cérébrales oscillent dans des limites assez étendues (entre 37° et 34° C.), dépendant d'influences variables et multiples provenant, soit de l'individu, soit du milieu ambiant; 5° La température des régions frontales est ordinairement un peu supérieure à celle des régions temporales et cette dernière à celle des régions occipitales, mais l'inverse peut parfois se produire ; 6° Les régions symétriques présentent entre elles des différences très minimes qui ne dépassent pas habituellement 0°,3; 7° Généralement, quand il y a différence entre deux régions symétriques, l'avantage est au côté gauche.

Dans la deuxième section, l'auteur étudie successivement les températures cérébrales dans le ramollissement, l'hémorrhagie, les tumeurs cérébrales, la sclérose cérébrale et la méningite tuberculeuse. Broca, qui le premier s'est occupé du ramollissement au point de vue des températures locales, avait établi ces deux propositions : 1° La température s'abaisse au niveau du lobe ramolli ;

2° Elle s'élève dans les lobes voisins du même hémisphère. Déjà E. Maragliano, tout en confirmant la première de ces deux propositions, avait montré que la seconde est loin d'être toujours vraie. L'auteur, se basant sur douze observations, arrive à des conclusions peu précises dont se dégage cependant ce fait : l'existence d'une tendance à la diminution de la température au niveau du point ramolli, diminution qui tendrait d'ailleurs à s'atténuer avec l'âge du ramollissement. Au début du ramollissement ou au moment des attaques épileptiformes survenant dans le cours d'un ramollissement, on observerait parfois une élévation brusque sans abaissement initial, une période stationnaire, et finalement un abaissement; parfois même, et à une époque éloignée du début, on pourrait observer une différence en faveur du côté lésé. On le voit, il y a là plusieurs points encore mal définis et qui demandent de nouvelles études. Pour l'hémorrhagie cérébrale, les résultats sont plus nets. De l'examen de huit malades (dont sept ont été autopsiés), il résulte que la différence entre les régions symétriques a été à l'avantage du côté lésé, sauf de rares exceptions ; que la température de la tête diffère peu de celle de l'aisselle; et que dans l'hémorrhagie faite en une seule fois, les courbes sont très semblables à celles que Charcot et ses élèves ont trouvées pour la température centrale, présentant comme elles un abaissement initial, le retour à la normale avec oscillation autour de cette normale pendant un temps variable et enfin une élévation progressive jusqu'à la mort. Quant aux anciens foyers d'hémorrhagie, ils n'influencent pas la température péricrânienne et rien ne peut jusqu'à présent les faire distinguer des anciens foyers de ramollissement. Pour les tumeurs cérébrales, deux faits de Gray et de Wills sembleraient prouver qu'il y a élévation de la température; mais là, comme pour la sclérose (Blaise) et la méningite tuberculeuse (Mary Putnam Jacobi), les cas sont trop peu nombreux pour permettre des conclusions.

Dans la deuxième partie, et non la moins intéressante de son travail, M. Blaise étudie la température périphérique des aisselles et des membres, la température terminale périphérique et la température *post mortem* chez les apoplectiques. Ces résultats confirment ceux qui ont été obtenus il y a quelques années par l'École de la Salpêtrière pour les températures centrales. Il faut signaler ce fait que dans l'hémorrhagie cérébrale, au moment du stade stationnaire, il y a une tendance à l'égalisation entre les températures périphériques et centrales dans les maladies aiguës. L'étude de la température des aisselles et des membres en dehors de l'état apoplectique a permis à l'auteur de passer en revue tous les travaux antérieurs et donner dans un résumé succinct, mais fort clair, l'exposé de nos connaissances actuelles sur la question des centres vaso-moteurs encéphaliques et médullaires. Enfin, dans un dernier chapitre,

l'auteur démontre que les vésicatoires et autres rubéfiants ont une action thermogène qui s'exerce, soit avant, soit après l'action œsthésiogène, que M. Grasset a bien fait connaître récemment, parfois même en dehors d'elle.

En résumé, le travail de M. Blaise, *bien qu'il laisse encore quelques points dans l'obscurité, tiendra une place honorable parmi les recherches de thermométrie, dont l'utilité est devenue de jour en jour plus évidente aux yeux du clinicien.*

II. *Analyse* de M. Carrieu. — *Gaz. hebd. de Montpellier*, 1881, pag. 44.

Ce travail, fait sous la direction de M. le professeur Grasset, est un document d'une *incontestable valeur* dans la question des températures locales, physiologiques et morbides.

C'est une œuvre qui se fait remarquer par le nombre des recherches personnelles, en même temps que l'on y trouve un résumé complet et très clair de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, à l'ordre du jour depuis les travaux de Broca et Peter[1].......

....

....

Cette Thèse est l'œuvre d'un zélé travailleur qui lui a consacré une grande somme de recherches..... Son travail sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent de la clinique des maladies nerveuses.

III. — *Analyse de* M. Fr. Franck. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. de Paris.*, 1880, pag. 844.

Après avoir exposé en quoi consistent les différentes parties du travail de M. Blaise, « basé sur environ 2,000 explorations thermométriques », M. Fr. Franck termine ainsi : « L'analyse forcément succincte que nous venons de donner de ce consciencieux travail suffit pour en montrer la valeur, sans qu'il soit nécessaire d'ajouter ici des éloges que le lecteur a déjà décernés à l'auteur. »

C'est M. Fr. Franck qui a présenté à la Société de Biologie (23 octobre 1880) le travail de M. Blaise. Après avoir résumé cette œuvre devant la Société, il terminait ainsi : « Cet ouvrage ne peut manquer d'attirer l'attention des cliniciens, en vue desquels il a été écrit. En l'offrant à la Société, nous tenons à faire ressortir l'intérêt qu'il présente non seulement au point de vue pratique, mais aussi au point de vue critique et expérimentatif. »

[1] Peter ne s'est jamais occupé des températures locales que nous avons étudiées.

IV. —*Analyse de* M. Mossé.—*Revue des Sc. méd.*, pag. 96, tom. XVIII, 1881.

Elle se résume ainsi :

« Le travail fort complet de M. Blaise, sur les Températures périphériques daus le cours des paralysies d'origine encéphalique, contribue à jeter quelque jour sur cette question. »

15. De l'état actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. (Thèse d'agrégation).—In-8° de 164 pag. G. Masson, éditeur. Paris, 1883.

Il a paru de très nombreuses analyses de ce travail, que j'ai tenu à honneur de faire aussi consciencieusement que possible. Comme pour ma Thèse de doctorat, je vais faire juger le travail par les autres. Je rapporte d'abord l'analyse très complète de M. Brocq et mentionnerai ensuite quelques passages d'autres analyses.

Il ne reste plus, depuis deux ans, un seul exemplaire en librairie.

PRINCIPALES ANALYSES DU TRAVAIL

sur l'Hérédité syphilitique ; état actuel de la science. In 8° de 164 pages; G. Masson, éditeur ; Paris, 1883.

Analyse de M. Brocq.— *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, tom. IV, 1883, pag. 181 à 188. — Cette analyse a été reproduite intégralement dans *Annali universali di Med. e Chir.*, 4, 1883.

Parmi toutes les questions médicales qui sont en ce moment à l'ordre du jour, celle de l'hérédité syphilitique est assurément une des plus importantes. Nous assistons, en effet, à un mouvement scientifique considérable : en France comme à l'étranger, on recherche s'il ne faut pas attribuer à la syphilis héréditaire tardive un certain nombre des lésions qu'on avait jusqu'ici rangées dans le vaste groupe des scrofulides ; en d'autres termes, on tend à démembrer la scrofule. Aussi le travail de M. le Dr Blaise est-il une actualité, et le public médical doit-il être reconnaissant au jury du Concours d'agrégation qui a eu l'heureuse idée de proposer ce sujet, et *au candidat qui l'a si consciencieusement et si heureusement traité.*

Cette étude si délicate est hérissée de difficultés d'un ordre tout spécial. Il est en effet presque impossible de procéder à l'hôpital aux minutieuses recherches

qu'exigent les questions d'hérédité ; il est également illusoire d'essayer de suivre des malades pendant les longues années qui sont nécessaires à l'évolution de la syphilis. Il faut donc s'adresser surtout à la clientèle privée pour avoir des documents irréfutables, et c'est en entrant dans cette voie féconde, tracée par des observateurs tels que Ricord, Fournier et Diday, qu'on est arrivé déjà à des résultats vraiment remarquables.

On comprend dès lors qu'il était à peu près impossible à l'auteur d'apporter de nombreux cas personnels ; aussi n'a-t-il cherché qu'à exposer les faits acquis, qu'à indiquer les progrès réalisés et les points encore à l'étude ou en litige.

Son travail est divisé en quatre parties : dans la première, il traite de l'hérédité en général et de l'hérédité syphilitique en particulier ; dans la deuxième, il examine quelles sont les conditions dans lesquelles le fœtus subit l'influence de la syphilis ; dans la troisième, il décrit les phénomènes morbides par lesquels se traduit l'hérédité syphilitique ; enfin, dans une quatrième et dernière partie, il en expose la prophylaxie et le traitement.

Première partie. — Avec M. Sanson, il définit l'hérédité : un phénomène en vertu duquel les ascendants transmettent aux descendants les propriétés qui leur appartiennent à un titre quelconque. Chez les êtres sexués, l'*hérédité est mixte*, c'est-à-dire qu'elle tient à la fois du père et de la mère : c'est là l'*hérédité directe ou immédiate*. Mais elle peut aussi s'observer entre parents plus ou moins éloignés, et cela plus fréquemment en ligne droite qu'en ligne collatérale : c'est l'*hérédité en retour* ; les caractères transmis ont alors été conservés à l'état latent chez les générateurs intermédiaires. D'autre part, certains états morbides transmis par l'hérédité ne se développent qu'à un certain âge, toujours sensiblement le même pour les mêmes affections : c'est l'*hérédité aux périodes correspondantes de la vie*. Enfin, dans l'*hérédité par influence*, on voit se reproduire chez les enfants issus d'un second mariage les caractères propres au premier mari : ce sont des faits d'imprégnation.

Après cet exposé des théories actuellement en cours sur l'hérédité, l'auteur aborde la question de l'hérédité syphilitique, et il commence par établir qu'il est peut-être possible qu'un homme atteint de syphilis, cohabitant avec une femme enceinte, donne directement cette maladie au fœtus sans infecter la mère. Il examine ensuite comment la syphilis peut se transmettre des parents à l'enfant ; elle peut le faire, dit-il : *a*, par l'hérédité, dans le sens le plus étroit du mot ; *b*, par infection ; *c*, par les deux causes réunies. — *A*. La syphilis développe chez celui qui en est atteint un véritable tempérament morbide, une diathèse qui peut être héréditaire au même titre que la goutte ou le cancer. — *B*. Mais telle n'est pas l'opinion qu'adopte l'auteur, et il aime bien mieux voir

une véritable infection dans l'hérédité de la syphilis. Il essaye de le prouver en montrant que, d'après les recherches récentes de MM. Straus et Chamberland, la transmission de la mère au fœtus par la voie placentaire de certaines maladies virulentes et à microbes bien définis est un fait indéniable ; il croit à la nature parasitaire de la syphilis, bien qu'il soit obligé de reconnaître que les recherches de Klebs, de Birch-Hirschfeld, de Bermann, de Martineau et Hamonic ne doivent être acceptées qu'avec beaucoup de réserves. Or, si l'on admet que le sperme et l'ovule sont imprégnés de virus syphilitique, il ne peut plus être question d'hérédité, dans l'acception propre du mot, c'est-à-dire dans le sens de transmission d'une véritable diathèse ; il s'agit tout simplement, dans ce cas, d'une infection virulente. La question n'était pas douteuse autrefois, dit M. Blaise, alors qu'on admettait la virulence de toutes les sécrétions des syphilitiques ; mais, en ce moment, on tend à ne considérer comme virulents que le sang, ce qui est indéniable (syphilis vaccinale) et les liquides sécrétés par les accidents primitifs et secondaires. Le sperme ne serait donc pas virulent : c'est pour M. Blaise une erreur profonde ; aussi ne trouve-t-il pas concluantes les expériences de Mireur ; mais il n'apporte aucun document précis pour faire prévaloir son opinion. C'est là une lacune qui jette un peu de vague sur toute son argumentation, fort remarquable d'ailleurs, contre l'hérédité de la syphilis par diathèse. En effet, puisque le père syphilitique ne peut agir directement sur le fœtus que par le sperme, si l'enfant naît syphilitique, la mère restant saine, ou bien la syphilis se transmet par hérédité vraie, ou bien le sperme est virulent. Aussi l'auteur admet-il cette virulence, et tout n'est dès lors, pour lui, qu'une simple affaire d'inoculation. L'agent virulent se trouve dans le spermatozoïde ou dans l'ovule, ou bien il traverse le placenta. Certes, c'est fort probable, car, ainsi que le fait si bien remarquer M. Blaise, la syphilis présente avec les maladies infectieuses, telles que la variole, la tuberculose, etc., des analogies bien plus grandes qu'avec les diathèses. Mais il n'en est pas moins vrai que l'argument capital et nécessaire, la virulence du sperme, n'est pas encore établi d'une manière irréfutable.

L'auteur montre ensuite qu'on aurait tort de croire que la syphilis infantile congénitale est différente de la syphilis acquise. En effet, l'enfant atteint de syphilis congénitale, quoiqu'il présente une complexité de symptômes viscéraux et cutanés bien faits pour dérouter, n'en donne pas moins à sa nourrice un chancre induré et une syphilis à évolution normale.

A côté de cette hérédité syphilitique, qui se résume, en somme, pour M. Blaise, dans l'infection spécifique, il y a l'*hérédité des syphilitiques*, qui se traduit par des états morbides divers constituant une sorte de déchéance vitale, et groupés sous le titre de descendance indirecte par M. le professeur Fournier.

En terminant cette première partie, l'auteur rappelle que, dès la fin du xve siècle, Sigismond Tizio et Gaspard Torella avaient mentionné la syphilis chez les enfants. Paracelse, le premier, prononça le mot de syphilis héréditaire. Puis cette notion finit par s'obscurcir et par disparaître complètement, sauf dans les enseignements de l'École de Montpellier, où Ferrier, dès 1553, mentionnait les diverses manières dont l'infection peut s'opérer. Au xviie siècle, on croyait aussi à l'hérédité de la syphilis, et au xviiie siècle, Frédérik Hoffmaun s'attacha à rechercher le mécanisme de l'infection de l'enfant. Enfin, depuis la création de l'hôpital de Vaugirard, spécial aux femmes enceintes et à leurs enfants, Doublet, Mahon et Bertin ont inauguré les recherches cliniques modernes.

2e Partie. — M. Blaise commence l'étude étiologique de la syphilis héréditaire en examinant quelle est l'influence du père. Dans une discussion des plus savantes, il expose successivement les opinions de ceux qui pensent qu'un père syphilitique peut donner la vérole à son enfant, la mère restant saine, et parmi eux il cite Swédiaur, Bertin, Colles, Acton, Depaul, de Méric, Mayer, Bednar, Trousseau, Hecker, Parker, Ricord, Vidal, Hutchinson, Kassowitz, Taylor, Nerwiuds-Hyde, Weil, Neumann, Fournier, etc., etc. Puis il réfute l'opinion contraire, soutenue pour la première fois d'une manière scientifique par Cullerier, en 1853, et qui consiste à dire qu'une mère non syphilitique ne peut engendrer un enfant syphilitique. Il montre que la seule conclusion que l'on puisse tirer des observations de cet auteur, c'est qu'un syphilitique traité ou arrivé à la période tertiaire peut engendrer un enfant non syphilitique. Il en est de même des faits rapportés par Notta (1860), Charrier (1863), Mireur (1867), Langlebert (1873), Sturgis (1876) et Œwre. L'influence du père n'est donc pas fatale, même à la période secondaire ; mais il n'en est pas moins vrai que des faits irréfutables montrent qu'un père syphilitique peut engendrer un enfant syphilitique, la mère restant saine. Le mari étant syphilitique et non traité, la femme peut n'avoir que des avortements, tandis que ses grossesses arrivent à terme dès que le mari se traite ; ce fait est excessivement instructif, et il prouve, de plus, que le traitement suivi par le père peut tout modifier. L'influence paternelle décroît à mesure que la vérole vieillit ; cependant elle peut encore se manifester en pleine période tertiaire (faits de Vidal et de Bassereau). Mais il est à peu près impossible de préciser à quelle époque un père syphilitique ne procréera plus d'enfants syphilitiques.

La deuxième question que se pose M. Blaise est la suivante : Lorsque l'enfant naît syphilitique du fait du père, la mère, considérée jusqu'ici comme absolument saine, l'est-elle en réalité ? La réponse est donnée par la loi formulée en 1837 par Abraham Colles : « C'est un fait curieux, dit cet auteur, dont je n'ai jamais

vu ni entendu parler, que l'exemple d'un enfant qui, tenant l'infection syphilitique de ses parents, ait causé une ulcération au sein de sa mère, tandis qu'il peut infecter une nourrice saine. » La mère présente donc alors une immunité, immunité qui implique nécessairement l'idée d'une contamiuation déjà subie par elle ; mais cette contamination n'est que très légère, puisqu'elle ne se révèle par aucuu des caractères habituels de l'iofection syphilitique : c'est une syphilis imperceptible (Diday). une sorte de vacciuation. Pour Hutchinson, ce serait le mode de pénétration du virus dans l'écooomie par la voie placentaire qui expliquerait cette bénignité. Mais, d'après le Dr Blaise, il est beaucoup plus scientifique, depuis les expériences de MM. Straus et Chamberland, de rapporter cette immunité à la faible quantité de micro-organismes pathogènes qui est transmise à la mère à travers le placenta, et la variabilité, selon les cas, de ces quantités de virus trausmis peut rendre compte des diverses variétés de syphilis par conception décrites par Hutcbinson .Dans un premier groupe de faits, on observe chez la mère une sypbilis normale ; dans un deuxième groupe, les accidents sont des plus bénins ; dans un troisième groupe, il ne se produit aucun symptôme apparent ; un quatrième groupe renfermerait même des exceptions à la loi de Colles ; mais ce deruier point est encore trop controversé, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant le dernier fascicule des *Annales de Dermatologie*, pour que nous nous permettions d'y insister. Ces considérations si originales et si intéressantes uous font regretter encore davantage que l'auteur n'ait pu mieux établir sa doctrine de la nature parasitaire de la sypbilis.

L'*influence de la mère* est nécessairement prépondérante ; elle s'exerce sur le fœtus peudant toute la durée de la gestation : le fœtus peut donc étro infecté, *a*) lors de la conception, *b*) ou après la conception ; de là, deux ordres de faits : — *a*, — La mère est déjà infectée lorsqu'elle conçoit ; son influeoce est alors tellemeut évidente qu'il n'est plus possible de la nier. Mais par quel mécanisme la sypbilis se transmet-elle à l'enfant? Est-ce par l'ovule, ou bien est-ce par le sang et par voie placentaire ? M. Blaise croit que ces divers modes sont possibles, et que la vérole peut être *ovulaire ou sanguine*. Cette transmission de la sypbilis de la mère aux enfauts est d'autant plus rare que l'époque de la conceptiou est plus éloignée du moment de l'iofection. En pleine période tertiaire, une fomme peut avoir encore des enfants syphilitiques, surtout lorsqu'elle n'est pas soumise à un traitement ; et, d'autre part, quand elle est traitée, elle peut engendrer des eofants sains en pleine période secondaire. — *b*. — La mère est infectée peudant le cours de la grossesse. Daus ce cas, malgré les objections de Mandron, Bäreusprung et Kassowitz, l'infection du fœtus par voie placentaire est possible; pour Ricord, il n'est pas sûr qu'elle le soit si l'infection de la mère

a lieu dans les trois derniers mois de la gestation. Certains faits démontreraient cependant cette possibilité. En tout cas, quand l'enfant est syphilisé de cette manière, il est moins fortement atteint que lorsque la mère est déjà syphilitique lors de la conception. Ces cas, relativement bénins, forment la *syphilis congénitale* de Cazenave.

Enfin, lorsque les deux conjoints sont syphilitiques, l'enfant a encore beaucoup plus de chances d'être infecté ; mais, si cette transmission est presque fatale dans la période secondaire, et si elle est alors marquée, d'abord par des avortements successifs (1re période de Mireur), puis par des naissances à terme avec syphilis héréditaire (2e période de Mireur), elle peut devenir nulle pendant la période tertiaire (3e période de Mireur). D'ailleurs, cette transmission est bien modifiée par le traitement.

3e Partie. — Les manifestations de l'hérédité syphilitique sont des plus complexes, et ce n'est pas une cinquantaine de pages qu'il faudrait y consacrer dans l'état actuel de la science, mais des volumes entiers ; aussi M. Blaise n'a-t-il pu nous donner qu'un excellent résumé des faits connus. Il n'a traité avec quelques développements que le chapitre relatif à l'avortement et à l'accouchement prématuré.

Dans cette remarquable partie de son travail, il démontre avec beaucoup de détails l'influence prépondérante de la mère, qui se chiffre par un nombre presque double de celui qui correspond à l'influence du père et qui se manifeste en moyenne par 36,8°/o d'avortements. Cette influence si désastreuse est régie par une loi de décroissance d'après laquelle son intensité diminue à mesure que la vérole vieillit. Cependant, il est des cas nombreux dans lesquels les avortements se produisent avec une ténacité et une régularité désespérantes. Est-ce une exception à la règle de Diday, ou bien faut-il admettre avec M. Blaise une autre cause, l'*habitude d'avorter?*

Lorsque la mère a été infectée au quatrième mois de la grossesse, on n'a plus trop à redouter d'avortement, et, si elle l'a été après le septième mois, l'enfant peut être complètement indemne de syphilis. Quant à la cause prochaine de l'avortement syphilitique, ce serait un empoisonnement direct et primitif du fœtus par un principe morbide, soit des lésions des membranes et surtout du placenta consistant en une inflammation scléreuse diffuse ou localisée et en la production de gommes véritables, soit de l'hydramnios (Bar), soit enfin des lésions des vaisseaux du cordon. Le traitement spécifique peut diminuer de beaucoup cette prédisposition à l'avortement de la femme syphilitique.

M. le Dr Blaise étudie ensuite les diverses manifestations de la syphilis héréditaire ; il la définit, avec M. Diday : la syphilis que l'enfant contracte pendant

la vie intra-utérine, par le fait des éléments de formation et de nutrition qu'il reçoit de ses parents ; elle est caractérisée par l'existence, chez lui, de troubles morbides d'origiue spécifique qui se développent quelquefois d'une façon précoce dans le sein même de la mère, mais le plus souvent après la naissance. Avec l'éminent syphiligraphe lyonnais, il aimerait mieux, pour la désigner, l'épithète de *congèniale.* Cette syphilis congéniale a pour caractères spéciaux l'absence d'accident primitif, le début par des manifestations qui accusent la diffusion du virus dans tout l'organisme: c'est une syphilis générale d'emblée, dans l'évolution de laquelle on ne peût plus reconnaître ni période secondaire ni période tertiaire. Mais les lésions sont toujours histologiquement identiques aux lésions d'une syphilis ordinaire. C'est toujours une *hypersclérose généralisée*, et, comme syphilis, elle est justiciable du mercure et de l'iodure de potassium.

Quant à la question si controversée de la *syphilis héréditaire tardive*, M. Blaise pense que la syphilis héréditaire apparaît d'ordinaire dans les premiers temps de la vie, presque toujours dans les trois premiers mois de l'existence, et que la possibilité de son apparition tardive, quoique rationnellement admissible, n'est peut-être pas suffisamment démontrée par les faits.

Il donne eusuite un exposé clair et concis des symptômes de la syphilis héréditaire ; il nous est impossible de le résumer, il faudrait le citer en entier. Nous devons cependant faire remarquer que M. Blaise accepte peut-être avec trop de facilité les idées assez absolues de M. le professeur Parrot sur la nature des lésions superficielles, circulaires, caractérisées par la desquamation de l'épithélium et par une bordure d'un blanc grisâtre qui se voient assez souvent sur la langue ; l'éminent médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés les regarde comme étant toujours syphilitiques. Beaucoup d'autres dermatologistes déclarent au contraire que cette lésion n'a rien de spécifique.

En exposant toutes les difficultés dont est entouré le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire, l'auteur insiste avec raison sur l'importance considérable qu'ont les cicatrices des fesses et des cuisses, la kératite interstitielle et les dents d'Hutchinson, dont il donne une description succincte d'après le professeur Parrot. En terminant ce chapitre, il admet la possibilité de la réinfection chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, en s'appuyant sur les observations d'Hutchinson (1863) et de Dowse (1877). L'utilité de cette profession de foi ne nous semble pas bien démontrée ; mais, puisque l'auteur voulait la faire, il aurait dû ne pas se contenter de la formuler ; il aurait dû l'établir sur des arguments sérieux, car c'est là un point d'une importance majeure et malheureusement encore bien controversé.

Sur la question si délicate de l'hérédité des syphilitiques, désignée encore

par M. le professeur Fournier sous le nom d'*hérédité à formes morbides dissemblables*, de *descendance indirecte de la vérole*, M. Blaise admet complètement les idées de notre éminent Maître, et il considère comme un fait acquis que l'influence syphilitique des parents peut se traduire par des états morbides qui n'ont plus rien de spécifique, mais qui se rattachent néanmoins à l'affection syphilitique des asceudants. Ce sont la débilité native, l'arrêt de développement, la prédisposition aux morts subites, aux convulsions, à la méningite, à l'imbécillité, à l'idiotie, à l'épilepsie.

Nous ne saurions trop approuver, pour notre part, les réserves prudentes avec lesquelles M. le Dr Blaise expose les idées si brillamment souteuues par M. le professeur Parrot au sujet du rachitisme. Il lui semble en effet que nos connaissances actuelles ne peuvent point nous permettre de faire du rachitisme une lésion spécifique ; mais il croit que la syphilis peut en être une des conditions pathogéuiques au même titre que toutes les autres causes anciennement connues : scrofule, tuberculose, âge avancé, affaiblissement et déchéance des parents, conditions hygiéniques et alimentation mauvaises. Il en est à peu près de même pour la scrofule : M. Blaise ne peut identifier la scrofule et la syphilis héréditaire ; il pense, avec juste raison, que l'anatomie pathologique ne peut être prise pour critérium dans cette question ; mais il croit, avec M. le professeur Fournier, que la syphilis a une influence sur la production de la scrofule, qu'elle en est une des conditions pathogéniques les plus puissantes ; en un mot, qu'elle est un des affluents de cette diathèse.

La syphilis des parents aurait aussi pour résultat de préparer chez les enfants un terrain favorable à l'évolution ultérieure de la tuberculose.

4e Partie. — M. Blaise rappelle les travaux antérieurs de MM. Diday et Langlebert, puis il prend résolument pour guide, dans l'exposé de la prophylaxie et du traitement de l'hérédité syphilique, le livre désormais classique de M. le professeur Fournier, *Syphilis et Mariage*. Nous ne saurions trop conseiller la lecture de cette dernière partie : il est difficile de traiter avec plus de clarté et de concision ce sujet si scabreux, si multiple, si important au point de vue de la pratique journalière. Il n'est réellement pas possible d'en donner le résumé ; d'ailleurs l'ouvrage de l'émiuent Professeur de l'hôpital Saint-Louis est maintenant trop connu pour qu'il soit utile d'en reproduire les conclusions dans cet article déjà beaucoup trop étendu.

Après chaque chapitre, M. Blaise a eu soin de mettre un Iudex bibliographique des plus complets.

En somme, son travail est vraiment remarquable ; il est bien divisé, bien exposé, et il renferme des vues ingénieuses. Il est regrettable que la longueur du sujet ne

lui ait pas permis de traiter complètement certains points de la plus haute importance; mais, telle qu'elle est, sa Thèse sera fort utilement consultée et restera un exposé des mieux faits de l'état actuel de la science au point de vue de l'hérédité syphilitique.

Analyse de M. JACQUEMET. — *Montpellier médical*, 1883, pag. 466.

Parmi les Thèses du dernier concours, nous signalons avec plaisir celle de notre jeune Collègue de Montpellier, que de fortes études et d'originales publications avaient préparé aux plus brillants succès.

On connaît l'importance et la difficulté du sujet que le sort vient de lui imposer, sujet toujours palpitant d'intérêt et d'actualité, et qui le sera longtemps encore parce qu'il renferme des questions aussi graves que ténébreuses, difficiles à dégager des mystères de la génératiou, mais dont la solution préoccupe vivement la science médicale et le bonheur des familles...................

....

Hâtons nous de dire que notre vaillaut Candidat s'est tiré habilement de sa délicate épreuve, et les lecteurs le reconnaîtront comme nous, quand ils auront vu comment l'auteur a rempli le programme qu'il s'est tracé...............

....

En présentant l'analyse de ce remarquable travail, loin de nous la prétention d'en donner une idée suffisante; il s'agit là d'une œuvre remplie de faits et d'arguments fertiles en réflexions qu'il faut lire et relire pour en apprécier le mérite..

....

Telle est, daus ses traits généraux les plus élémentaires, l'excellente dissertation dont nous venons de présenter le squelette, œuvre vraiment remarquable, et qui, après les suffrages du Jury, rencontrera partout des félicitations. Avec un sujet aussi délicat et complexe, aussi controversé, le succès n'était pas saus difficulté: il demandait une science spéciale, une vaste érudition [1], un eens critique de bon aloi et surtout ces élaus d'enthousiasme et de hardiesse qui sout l'apanage des jeunes esprits. Heureusement l'auteur est à l'âge des couvictions promptes et ardentes, là où le vieux praticien doute encore et hésite. Rien d'étonnant que cette œuvre ait les défauts de ses qualités; on peut même, tout en faisant la part du milieu et des conditions qui lui ont donné le jour, trouver que sa profession de foi est bien avancée, très affirmative sur plus d'un

[1] Chaque partie est accompagnée d'un riche Index bibliographique.

point encore litigieux ; on sent qu'elle a été écrite *sub aere parisiensi*, au moment où la plus brillante étoile de la pléiade ricordienne est l'auteur de *Syphilis et Mariage*, et où le microbe, ne respectant ni hommes ni bêtes, domine en maître toute la matière pathologique. A ce dernier point de vue, cette Thèse peut apparaître comme une première page de la médecine de l'avenir. Empressons-nous de dire qu'il y a encore plus de raisons pour la regarder comme le bilan exact et complet de la science actuelle sur l'hérédité syphilitique, et qu'elle trouvera le meilleur accueil dans le monde médical de nos jours.

Contribution à l'Etude de la Gangrène palustre. 1888. In 8° de 19 pages (En collaboration avec M. le Dr Sarda, chef de clinique)

La Mer au point de vue thérapeutique. In 8° de 38 pages. 1889.

Prophylaxie de la Variole. In 8° de 67 pages 1889.

Bouisson, sa vie, ses œuvres. — Manuscrit de 1603 pages. 1890.

A remporté le 2e prix Bouisson décerné à l'occasion des fêtes du centenaire de l'Université de Montpellier (4.000 francs). En collaboration avec mon collègue Boinet. Se publie actuellement dans Montpellier médical.

~~V. Travaux en Préparation~~

~~AVEC LA COLLABORATION DE M. LE Dr SARDA, CHEF DE CLINIQUE.~~

~~1° Un mémoire sur l'Action thérapeutique de la Solanine.~~
~~2° Une note sur la Gangrène des extrémités chez les paludéens.~~

VI. Travaux faits sous mon inspiration.

Plusieurs Thèses, entre autres celles de :
Fiolle ; Sur les Monoplégies brachiales d'origine cérébrale ;
Gimié ; Sur la Cachexie pachydermique ;
Nougarède ; Sur le Cancer latent de l'estomac ;
Millet ; De la nature du Tétanos ; état actuel de la science [redacted]

De Couralette — De la Solanine et de ses indications thérapeutiques.
Deslandes. — Microorganismes de la Suppuration (État actuel de la Science)
Cojan. — Nature et origine animale de la Scarlatine (État actuel de la Science.

Travaux en Préparation.

Un Précis d'Histologie. Doit paraître chez J. B. Baillière

Un travail sur les suppurations (en cours d'expériences et de recherches microscopiques). En collaboration avec M. le Professeur Kiener.